THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906 — THÈSE — N° 194

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 21 Mars 1906, à 1 heure

PAR

Joseph MORIN
Ancien Interne de l'Hôpital du Mans

La Résection du Cordon Spermatique sans Castration

OPÉRATION COMPLÉMENTAIRE de la CURE RADICALE DE LA HERNIE INGUINALE

Président : M. TERRIER, *professeur*

Juges { MM. LANDOUZY, *professeur*
RECLUS, *professeur*
LABBE (Marcel), *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
Henri JOUVE
15, RUE RACINE, 15
1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL.
	BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM
	DIEULAFOY.
	DEBOVE
	LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU.
	TERRIER.
	BERGER.
	RECLUS.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN.
	PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef des travaux anat.)
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	TEISSIER
CARNOT	GUIART	MARION	THIROLOIX
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	VAQUEZ
CUNEO	LABBE	MERY	WALLICH
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Faible témoignage de reconnaissance et de piété filiale.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIER

Professeur à la Faculté de Médecine
Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur.

La Résection du Cordon Spermatique

sans Castration

Opération complémentaire de la cure radicale de la hernie inguinale.

CHAPITRE I

Introduction.

La cure de la hernie inguinale présente aujourd'hui des problèmes nouveaux, des difficultés de technique qui tiennent aux complications de l'opération, et il est utile pour tous d'être averti de cette situation nouvelle et de bien connaître les ressources opératoires qui peuvent y remédier.

Or parmi ces problèmes, en est-il de plus troublant, que le traitement de ces volumineuses hernies qui sont de véritables éventrations, et le traitement des récidives de hernies après une cure radicale !

Nombreux sont les procédés qu'on a préconisés

pour y remédier ; nous aurons l'occasion d'en citer plusieurs au cours de cette étude. Parmi ceux-ci il en est un tout nouveau que nous avons eu l'occasion de voir mettre en pratique par M. le Dr Delagénière, du Mans : nous voulons parler de la résection du cordon spermatique sans castration, comme temps complémentaire de la cure radicale des hernies inguinales.

M. Delagénière nous a conseillé de prendre cette nouvelle opération comme sujet de notre thèse, et nous a fourni d'intéressantes observations absolument inédites.

M. le Dr Lucas-Championnière, qui fut un des premiers à conseiller cette intervention, a bien voulu nous assurer sa bienveillance. Il nous avait promis un certain nombre d'observations intéressantes, malheureusement la maladie l'a éloigné de Paris et nous n'avons pu rapporter ici ses observations ; mais nous tenons néanmoins à le remercier hautement de la bienveillance toute particulière qu'il nous a témoignée.

Nous ne voulons pas entreprendre ce travail sans remercier tous ceux qui nous ont encouragé et aidé au cours de nos études médicales, et envers lesquels nous avons contracté une dette de reconnaissance que nous n'oublierons jamais.

Nous remercions tout d'abord M. le Dr Duret, de Lille, auprès duquel nous avons commencé nos études et qui nous a prodigué largement son enseignement.

Puis nous vînmes continuer nos études à Paris et successivement nous avons été l'élève de M. le Dr Moutard-Martin, de M. le professeur agrégé Bar et de M. le professeur agrégé Méry auxquels nous sommes heureux d'adresser ici nos plus sincères remerciements pour le haut enseignement qu'ils nous ont donné.

Après avoir terminé nos études à Paris, nous avons passé dix-huit mois comme interne à l'Hôpital du Mans.

Nous tenons à remercier ici le Corps Médical de cet hôpital, car nous avons toujours reçu le meilleur accueil auprès des différents chefs de service.

Nous remercions spécialement M. le Dr Delagénière qui nous a donné l'idée de ce travail et nous en a fourni les éléments.

M. le Dr Mélisson dont nous avons été l'interne en médecine a droit à toute notre gratitude.

Dans le service de M. le Dr Drouin nous avons ensuite passé près de dix mois comme interne en chirurgie. Nous sommes profondément reconnaissant envers notre maître de la grande liberté qu'il nous a laissée dans son service ; nous n'oublierons pas ses leçons de pratique journalière qui seront plus tard pour nous d'un précieux concours dans l'exercice de notre profession.

M. le professeur Terrier nous a fait le très grand honneur de vouloir bien accepter la présidence de notre thèse : nous le prions d'agréer nos plus sincères remerciements et nos plus respectueux hommages.

CHAPITRE II

Historique.

L'idée de traiter la hernie par la cure radicale n'est pas nouvelle puisque nous voyons déjà Oribase et Paul d'Egine conseiller une opération sanglante qu'ils complétaient par la castration. Ils furent bientôt suivis dans cette voie par les chirurgiens arabes du x^e^ siècle et par Gérard de Crémone, puis par les chirurgiens de l'école de Salerne avec Roger de Parme et ceux de l'école de Paris avec Hugues et Lanfranc. A cette époque il paraissait si nécessaire de compléter la cure radicale par la castration, que Guy de Chauliac n'hésitait pas à déclarer que toute cure radicale sans castration n'est qu'une fausse opération.

Puis la gravité de la castration ayant été reconnue, les chirurgiens se montrent plus conservateurs et maître Béraud Méthis applique le « point doré ». Il serrait tout le pédicule avec un fil d'or, suffisamment pour oblitérer le sac, mais pas assez pour étrangler le cordon ; mais malheureusement le but qu'il se proposait était souvent dépassé et le cordon se trouvait serré par le point doré. Au moment de la Renais-

sance, Ambroise Paré décrit la « suture royale », qui a pour but de suturer le sac herniaire.

Ces tentatives chirurgicales sont bientôt délaissées et pendant près d'un siècle, les onguents et les bandages remplacent le bistouri ; toutefois les barbiers continuent à faire des cures radicales, mais leur nature était telle qu'au XVII^e^ et XVIII^e^ siècles des mesures de police durent être prises pour réprimer l'abus des cures radicales qui prenaient toutes l'allure de castration.

L'apparition de l'antisepsie à la fin du XIX^e^ siècle remet en honneur la cure radicale qui entre dans la pratique chirurgicale courante : les procédés se multiplient et se perfectionnent et les récidives sont en somme peu fréquentes.

Quelques chirurgiens s'inspirent de l'antiquité et, frappés des difficultés de libération du sac dans les hernies congénitales, proposent de nouveau, comme Kraske, la castration. Von Bergmann va même plus loin et prétend qu'il ne peut y avoir de cure radicale tant qu'on laisse un passage pour le cordon.

Bien peu de chirurgiens se sont ralliés à une telle opinion et actuellement, si on pratique encore la castration, on ne le fait que dans un but bien déterminé et bien réglé. Bien plus, tous les efforts tendent à laisser à travers la paroi, un espace pour le cordon, tout en pratiquant une réfection aussi soigneuse que possible des parois du canal inguinal. C'est ainsi que nous le voyons placé :

1° Entre les deux parois, antérieure et postérieure

par Bassini d'abord et par le Professeur Berger quand il publie dans la *Revue de Chirurgie* de 1902, une étude sur la hernie inguino-interstitielle et son traitement par la cure radicale ;

2° En avant dans le tissu cellulaire sous-cutané ; c'est le procédé de Halsted en 1893, préconisé à nouveau par Phelps de New-York au Congrès de chirurgie de 1900 ;

3° En arrière dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, procédé employé par Macewen, Villar, Aguilard, Girard de Berne, Monod et Vanverts, etc. ;

4° Dans un trajet artificiel. A travers le pubis (Nélaton et Ombredanne) ; en dedans du muscle droit (Volfler).

La multiplicité de ces procédés, montre bien, que le but d'une cure radicale est de concilier une bonne réfection de la paroi avec la conservation du cordon qui doit cheminer à son aise tout en ne créant pas, par sa présence, un point faible pour une récidive possible.

Frappés de cet écueil les chirurgiens cherchèrent à renforcer la paroi au niveau du point faible, surtout dans les cas de hernies de faiblesse, hernies à larges anneaux, à larges trajets difficilement reconstituables : de là l'apparition d'une nouvelle série de procédés dits « autoplastiques », dont un des plus connus est le procédé dit « myoplastique » de Schwartz, qui détache du grand droit un lambeau pédiculé qu'il glisse sous le pilier interne pour l'étaler et le poser au-devant de l'orifice herniaire, ren-

forçant ainsi la paroi normale au niveau du point le plus faible.

Enfin récemment, M. Lucas-Championnière frappé de la difficulté que l'on a dans certains cas de concilier la solidité de la paroi et le libre passage du cordon, préconise à nouveau la castration qu'il considère, dans certains cas que nous déterminerons au cours de cette étude, comme un mode de perfectionnement pour la cure radicale, perfectionnement qui, d'après lui, donne à coup sûr une solidité absolue, même pour des mauvais cas.

Puis, reconnaissant les inconvénients moraux que présentait la castration, M. Lucas-Championnière eut l'idée de laisser la glande en place, et l'année dernière, dans une de ses cliniques à l'Hôtel-Dieu de Paris, il étudia la « résection du cordon sans castration comme complément de la cure radicale de la hernie inguinale », opération qu'il pratiqua la première fois au début de 1904 et qui fera l'objet de ce travail.

CHAPITRE III

Anatomie du canal inguinal considéré surtout dans ses rapports avec les hernies.

Il nous paraît intéressant de rappeler ici rapidement l'anatomie de la région inguinale pour montrer comment le passage du cordon à travers la paroi abdominale crée forcément une voie à la migration d'une hernie, voie que tous les procédés de cure radicale s'emploient à obturer de façon à opposer une résistance solide à la poussée intestinale.

A proprement parler il n'y a pas de canal inguinal, le cordon se contente de se frayer un chemin à travers les parties musculaires et aponévrotiques qu'il écarte ; cependant schématiquement on peut décrire une paroi antérieure représentée par l'aponévrose du grand oblique, et une paroi postérieure qui comprend : en dedans le ligament de Colles, en dehors le fascia transversalis renforcé par les fibres verticales de Henle et de Hesselbach (tendon conjoint) ; le point le plus faible en est au niveau de la fossette inguinale moyenne entre les ligaments de Henle et Hesselbach, la paroi inférieure et la gouttière de

l'arcade crurale ; la paroi supérieure est formée par le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse.

L'orifice externe, situé sur le bord supérieur du pubis est circonscrit par les trois piliers, interne, externe et postérieur, auxquels se surajoutent des fibres arciformes, est en somme peu important au point de vue herniaire ; il n'en est pas de même de l'orifice interne situé vers le tiers moyen de l'arcade crurale, creusé au travers du fascia transversalis et limité en dedans par un rebord tranchant, le pli falciforme, dont la densité est essentiellement variable comme celle des ligaments de Henle et de Hesselbach, de sorte que les dimensions de l'anneau interne sont des plus variables et que sa largeur exagérée est une prédisposition aux hernies, prédisposition qui augmente chez les sujets peu musclés, aux parois flasques, aux muscles et aponévroses minces, chez lesquels l'anneau interne ne donne plus au doigt de sensation de résistance et chez lesquels la hernie prend plutôt l'allure d'une éventration, ce qui explique les dimensions exagérées qu'elle peut savoir.

Ce sont ces parois antérieure et postérieure qu'on s'efforce de reconstituer dans les différents procédés de cure radicale, tout en étant obligé de laisser du côté de la paroi profonde et du côté de la paroi superficielle un orifice suffisant pour le cordon qui, on le sait, parcourt dans toute son étendue le canal inguinal pour venir se réfléchir sur le ligament falciforme.

La hernie, en se produisant, refoule la paroi profonde du canal inguinal, soit au niveau de l'orifice interne, soit en dedans de celuï-ci, ce qui permet de distinguer un certain nombre de variétés, dont la plus commune est la hernie oblique externe qui sort par l'anneau interne, traverse toute l'étendue du canal inguinal et vient descendre dans les bourses, cheminant, au-dessus du cordon dans le canal, au-devant de lui dans les bourses. La hernie directe effondre la paroi postérieure du canal inguinal et apparaît directement au niveau de l'anneau externe, restant en général indépendante du cordon.

Les rapports du cordon et du sac sont intéressants à préciser au point de vue de l'intervention. Parfois indépendant et facilement séparable, il peut arriver que le cordon soit étalé sur le sac, et dans les cas anciens, surtout quand le malade a porté longtemps un bandage qui a amené une production de tissu fibreux plus ou moins dense, la dissection est souvent difficile et il peut arriver que la séparation du sac et du cordon soit impossible.

L'union du cordon et du sac herniaire est encore plus intime dans les hernies congénitales dans lesquelles l'intestin et l'épiploon après avoir cheminé dans le canal vagino-péritonéal, d'abord en dessus, puis devant le cordon arrivent en contact avec le testicule, avec lequel ils peuvent contracter des adhérences parfois fort intimes. Dans d'autres variétés de hernies congénitales, le testicule est en ectopie

dans le canal inguinal, se mettant en rapport intime avec le sac herniaire.

Ces dispositions anatomiques spéciales nous ont paru intéressantes à relater, vu qu'elles nous expliquent comment, dans certains cas, la conservation de la glande génitale et de son cordon est bien difficile si l'on veut faire une opération complète et surtout utile.

Les rapports entre les éléments du cordon et le sac herniaire sont encore plus intimes et surtout plus complexes dans les cas de récidives de hernie : en effet l'opération a modifié les rapports des éléments constitutifs du canal inguinal et du cordon ; il s'est formé un tissu cicatriciel qui englobe et enserre plus ou moins ce dernier, de sorte que le nouveau sac herniaire acquiert des rapports tout à fait particuliers qui varient avec chaque cas, et, fait intéressant à mettre en évidence, les adhérences du sac et du cordon sont quelquefois telles, qu'il est souvent impossible de les séparer. Alors on peut être amené à sacrifier le cordon si l'on veut restaurer la paroi abdominale de façon à ne pas seulement réduire la hernie pour quelque temps, mais bien créer une cicatrice solide, un plan résistant qui permette au malade de trouver un réel bénéfice dans la cure radicale.

CHAPITRE IV

Considérations générales sur les conditions que doit réaliser la cure radicale de la hernie inguinale.

M. Lucas-Championnière a bien formulé les conditions fondamentales de la cure radicale. Il faut : 1° Réséquer le sac herniaire et supprimer au delà de lui le plan glissant de la séreuse propice à l'issue viscérale ; 2° Constituer au niveau de la solution de continuité de la paroi et au-devant de la séreuse, une défense solide à l'aide d'une cicatrice dense et longue, résultant d'un avivement étendu, d'une suture à étages, parfois d'une véritable autoplastie du trajet ; 3° Agir si c'est nécessaire sur le contenu du sac, libérer les parties adhérentes, détacher ou supprimer les parties fonctionnellement inutiles, comme l'épiploon qui revient se poser au voisinage de l'anneau ou battre sa face supérieure.

Le premier et le troisième temps n'ont ici rien de particulier à signaler.

Le premier temps est réalisé par l'incision et la résection du sac lié le plus haut possible au delà de son collet.

Le troisième temps est réalisé par l'excision de l'épiploon qui se rencontre fréquemment dans les hernies et que l'on doit, comme le conseille M. Lucas-Championnière, attirer au dehors autant que cela est possible, puis exciser après avoir pratiqué une ligature très soignée.

Le deuxième temps a une importance toute particulière puisque la formation d'une barrière résistante, large et haute, destinée à fortifier la région herniaire, constitue la condition fondamentale d'un résultat stable. Il n'est donc pas étonnant de voir que c'est sur ce point surtout que s'est porté l'effort d'invention des procédés. Nous avons déjà dans notre historique montré que la situation du cordon avait beaucoup préoccupé les chirurgiens, puisque ceux-ci lui faisaient suivre un trajet variable suivant les cas. De ce trajet post-opératoire dépendent en grande partie les procédés de réfection de la paroi.

Pour ceux qui laissent le cordon en place, la réfection de la paroi comprend : premièrement la réfection de la paroi postérieure et deuxièmement la réfection de la paroi antérieure du canal inguinal.

Pour ceux qui font cheminer le cordon dans le tissu cellulaire sous-cutané, après l'avoir laissé sortir par l'angle supéro-externe de la plaie la réfection des deux parois du canal inguinal se fait en arrière de lui.

Pour ceux enfin qui le font cheminer dans le tissu cellulaire sous-péritonéal les deux parois du canal inguinal sont reconstituées au-devant de lui.

Mais dans tous ces procédés la présence du cordon dans la paroi laisse toujours ouverte une voie plus ou moins large, dans laquelle peut s'engager une nouvelle hernie qui trouve dans le cordon un véritable guide.

Il est évident que cette éventualité est peu à craindre chez les sujets jeunes, solides, dont la paroi est constituée d'éléments bien nourris et résistants ; mais que l'on soit en présence d'un sujet âgé, débile, dont la paroi abdominale amincie n'offre qu'une barrière insuffisante à la poussée de viscères, il n'y aura rien d'extraordinaire à voir au bout d'un temps plus ou moins long, surtout si le sujet est obligé par sa profession à des efforts répétés, une hernie nouvelle s'engager insidieusement dans le chemin que lui trace le cordon et venir de nouveau faire saillie au dehors, remettant le sujet dans la position qu'il occupait avant l'opération et quelquefois dans une situation pire.

C'est pourquoi certains chirurgiens tentèrent de réaliser chez l'homme, ce qu'on réalise chez la femme pour laquelle la suppression du ligament rond n'a que peu d'inconvénients, c'est-à-dire de supprimer la glande génitale mâle et son cordon, pour permettre un chevauchement absolu et une fermeture hermétique des éléments constitutifs de la paroi du canal inguinal.

Mais il est beaucoup de sujets, même âgés, pour lesquels la suppression de la glande génitale est un sacrifice par trop considérable. Il leur serait à la

rigueur supportable de penser qu'une de leurs glandes génitales ne leur sert plus à rien ; mais ils désirent au moins en conserver l'apparence afin de ne pas sentir dans leurs bourses un seul testicule.

On pourrait bien songer à utiliser la prothèse testiculaire ; mais pourquoi ne pas laisser en place le testicule au fond des bourses en réséquant le cordon pour permettre une fermeture plus hermétique de la paroi ; c'est ce que M. Lucas-Championnière et avant lui M. H. Delagénière du Mans ont eu l'idée de faire et d'appliquer à la pratique à plusieurs reprises dans ces dernières années.

C'est ce procédé tout récent, encore peu répandu dans la pratique chirurgicale, que nous allons décrire ici, nous réservant dans les chapitres suivants, d'en étudier attentivement les suites opératoires et d'en préciser les indications avec le plus grand soin, de façon à ne pas retomber, en voulant perfectionner les méthodes actuelles de cure radicale, dans les abus de castration qui avaient été autrefois une des principales causes de la défaveur qui frappa si longtemps la cure radicale de la hernie inguinale.

CHAPITRE V

Manuel opératoire de la résection du cordon spermatique sans castration au cours de la cure radicale de la hernie inguinale.

La résection du cordon spermatique n'étant que le complément de la cure radicale de la hernie, nous étudierons d'abord rapidement celle-ci : nous ne pouvons pas décrire tous les procédés, ce qui nous mènerait trop loin et nous ferait sortir du cadre de cette étude : nous décrirons le procédé de Lucas-Championnière vu que, d'après ce chirurgien, son procédé trouve dans certains cas un complément dans la résection du cordon.

Au début de l'opération, après avoir placé deux longues pinces spéciales qui occupent sur la paroi antérieure du canal inguinal toute la hauteur de celui-ci et pénètrent même en haut dans la cavité abdominale, on fend cette paroi dans toute sa hauteur et on se trouve alors en présence d'un champ opératoire triangulaire comprenant deux lambeaux, externe et interne avec, au fond, le sac et le cordon.

Le sac sera soigneusement disséqué et isolé du cordon à l'aide d'une compresse qui aidera à isoler les éléments de ce dernier, au besoin on s'aidera des ciseaux ou d'une spatule mousse. En effet, d'après M. Lucas-Championnière la ligature du cordon et du sac en masse à sa partie supérieure n'est pas une bonne pratique. Puis s'il y a de l'épiploon dans le sac on attirera au dehors tout ce qu'on pourra en attirer et après avoir fait une ligature très soignée on en pratiquera l'excision.

Enfin le sac, disséqué le plus haut possible, sera lié au niveau de son pédicule, on le réséquera au-dessous de la ligature, puis après l'avoir refoulé le plus haut possible sous la paroi antérieure de l'abdomen on l'y fixera par deux fils de catgut passés en sautoir en arrière du pédicule, de façon à en prévenir la descente.

Voyons maintenant comment il faudra se comporter vis-à-vis du cordon.

La ligature en masse du cordon n'est pas à recommander, en effet cette ligature en masse peut donner des douleurs susceptibles de mener par la suite à de nouvelles interventions plus ou moins heureuses. En outre, cette ligature en masse a l'inconvénient de donner un moignon de très médiocre vitalité et ce moignon peut s'éliminer comme un corps étranger, sans aucune septicité, mais en prolongeant indéfiniment les phénomènes de réparation ; cette élimination s'est même accompagnée dans un cas de Championnière d'hémorragies répétées.

On séparera donc soigneusement le canal déférent qui ne nécessite aucune ligature, puis on liera par petits paquets les éléments vasculaires du cordon, de façon à être assuré que tout vaisseau si petit soit-il est bien lié : c'est un point important, car les éléments du cordon se rétractant, un petit vaisseau peut fuire vers l'abdomen et continuer à saigner, il en résulte un hématome qui nuit considérablement à la solidité de la cicatrice, et l'on perdrait ainsi par suite de l'hémorragie une partie du bénéfice que l'on attendait de la manœuvre spéciale de la résection du cordon.

Le traitement de la partie inférieure du cordon est non moins délicate. La vitalité est moindre qu'à la partie supérieure et les chances d'élimination d'un gros moignon enserré par les ligatures de catgut sont encore plus grandes. Aussi comme en haut devra-t-on éviter la ligature en masse qui étant plus rapide est plus tentante, pour, après avoir disséqué soigneusement le cordon, appliquer des ligatures sur chacun de ses éléments. On aura soin en exécutant ces diverses manœuvres de ne pas tirer le testicule hors des bourses, de ne pas provoquer de décollement des enveloppes des bourses au-dessous de la ligature, en un mot de laisser toutes les parties en place et ne pratiquer aucune manœuvre violente qui puisse gêner leur vitalité. Ceci fait, après avoir enlevé tous les éléments graisseux péri-funiculaires on peut procéder à la réfection de la paroi.

La partie essentielle de cette réfection réside,

d'après M. Lucas-Championnière, dans la réparation robuste de cette paroi et tout l'effort du chirurgien doit, d'après lui, porter sur la paroi antérieure du canal inguinal dont on doit croiser les éléments en les imbriquant, la réunion de surface étant bien préférable à la réunion linéaire ; et la suppression du cordon permet ici de croiser les éléments de la paroi aussi largement que possible car nous avons vu tout à l'heure que l'incision de la paroi antérieure créait deux lambeaux : l'un supéro-interne, l'autre inféro-externe.

On place sur le bord du lambeau externe des fils en U dont les deux chefs sont conduits le plus loin possible sous le lambeau interne : en serrant ceux-ci la paroi externe s'introduit sous la paroi interne, puis, à l'aide de fils superficiels on applique entièrement le bord de la paroi interne sur la paroi externe : on a alors une sorte de monticule épais qui donne à la main une sensation de sérieuse résistance. Pour ce qui est de la paroi postérieure du canal inguinal, les tractions exercées sur les lambeaux en ont intimement accolé les bords.

M. Lucas-Championnière conseille le drainage d'autant plus indiqué, d'après lui, qu'il y a dans ces cas un écoulement de sérosité notable.

Enfin quand le malade est autorisé à se lever, il doit porter un bon suspensoir pendant un temps assez prolongé.

Nous avons décrit en détail le procédé de M. Lucas-Championnière, puisque d'après lui la suppression

du cordon permet une meilleure imbrication des surfaces ; mais il nous semble bien que la suppression du cordon doit assurer une aussi parfaite réunion dans les autres procédés opératoires, car quelle que soit la méthode employée, l'écueil à une fermeture hermétique est justement le cordon spermatique auquel on doit laisser un espace suffisant pour qu'il ne soit pas comprimé, espace qui, d'autre part, peut être le point de départ d'une récidive.

C'est ainsi que dans le procédé de Bassini qui est certainement un des plus employés, on pourra suturer le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse à la lèvre postérieure de la gouttière crurale jusque vers l'extrémité externe de celle-ci et d'autre part suturer les deux lèvres de l'incision de l'aponévrose du grand oblique jusqu'au niveau du pubis. De cette manière l'anneau interne est entièrement supprimé et aucune fossette, aucune dépression ne vient plus s'offrir aux anses intestinales. Rien n'empêche en outre le chirurgien, s'il a des doutes sur la solidité de la paroi, de renforcer encore celle-ci à l'aide d'un procédé autoplastique, en particulier du procédé myoplastique de Schwartz qui est un des plus aisés à appliquer et un des meilleurs comme en fait foi du reste la thèse de Bufnoir.

CHAPITRE IV

Phénomènes consécutifs.

Il est des plus important de voir l'avenir du testicule ainsi isolé dans les bourses, privé de son canal excréteur et de ses vaisseaux nourriciers.

D'après M. Lucas-Championnière (1), le sujet accuse une sensibilité des bourses plus grande que pour les autres opérations ordinaires de cure radicale ; les bourses se tuméfient plus ou moins, le testicule devient douloureux et augmente notablement de volume, gonflement qui surprend à première vue, car après la section des vaisseaux et du canal excréteur, on doit plutôt s'attendre à l'atrophie.

Ce gonflement peut s'accompagner comme l'a vu M. Lucas-Championnière d'un épanchement séro-sanguinolent et la ponction peut devenir nécessaire, mais sur dix observations ce chirurgien n'a jamais vu survenir de nécrose.

Dans une des observations de M. Delagénière (obs. IV) par contre, nous voyons le testicule se

---

1. « Résection du cordon sans castration comme complément de la cure radicale de la hernie inguinale », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1905, p. 895.

sphacéler et s'éliminer sans suites fâcheuses du reste ; mais peut-être dans ce cas, l'hydrocèle concomitante avait-elle en grande partie altéré les connexions vasculaires du testicule et des bourses.

Dans tous les cas cette opération doit entraîner *l'atrophie du testicule :* atrophie qui survient à une époque essentiellement variable, mais en tout cas assez tardive, puisque dans nos observations nous avons un malade revu au bout d'un an, un autre au bout de trois ans et l'atrophie est très peu sensible.

Dans deux cas même, cités par M. Lucas-Championnière cette atrophie a pu paraître bienfaisante parce que le volume du testicule était antérieurement exagéré au point d'être gênant.

Au point de vue du résultat de la cure radicale M. Lucas-Championnière se montre très satisfait de la solidité de la paroi abdominale.

Dans nos observations I et II, le résultat était excellent au bout de trois ans et un an ; dans nos autres cas nous n'avons pas revu les malades assez longtemps après l'opération pour pouvoir nous faire une opinion ferme sur le résultat fonctionnel.

CHAPITRE VII

Indications.

La résection du cordon spermatique qui équivaut fonctionnellement à la castration, est un acte suffisamment grave par ses conséquences morales et physiologiques, pour que nous nous efforcions de préciser avec soin les cas dans lesquels le chirurgien peut pratiquer cette intervention. Nous ne voulons pas ici établir des règles fixes, ni poser des principes qui sembleraient vouloir tracer une ligne de conduite aux chirurgiens.

Nous voulons seulement montrer, en nous appuyant sur l'autorité de M. Lucas-Championnière, dont la compétence en matière de cure radicale de hernie est reconnue par tous, que dans certains cas on peut en imposant au malade le sacrifice des fonctions d'un de ses testicules, lui donner les avantages d'une cure radicale utile qui le met à l'abri des récidives.

D'autre part, il peut arriver que le canal déférent soit coupé au cours d'une cure radicale, involontairement il est vrai, et que les éléments du cor-

don soient plus ou moins lésés : on est tenté de supprimer le testicule pour en éviter la nécrose ; or, comme nous le verrons au cours de cette étude, cette nécrose serait loin d'être la règle et nous pensons que dans ces cas il serait bon pour le moral ultérieur du malade de laisser là où il est ce testicule même inutile.

Quels sont donc les cas dans lesquels on peut, fort de l'autorisation de son malade, pratiquer la résection du cordon spermatique pour permettre une réfection plus complète de la paroi ?

C'est tout d'abord dans ces cas de *hernies volumineuses, difficilement réductibles*, incoercibles, hernies que J.-L. Petit avait appelées hernies par perte de droit de domicile, qui sont de véritables éventrations et qui mettent les malheureux individus qui en sont porteurs dans une situation déplorable : les plus heureux peuvent à la rigueur vaquer à quelques occupations en maintenant leur énorme sac herniaire à l'aide d'appareils plus ou moins compliqués et toujours gênants, mais le plus grand nombre est réduit à une impotence complète et l'infirmité douloureuse que portent ces malades les expose en outre à des dangers menaçants.

Aussi ces malades acceptent-ils toujours le sacrifice d'un de leurs testicules s'ils ont la sensation de pouvoir être débarrassés d'une difformité et d'une infirmité aussi pénible, et ils seront très reconnaissants envers le chirurgien si celui-ci par une résection du cordon sans castration a pu leur conserver

une apparence de testicule. Chez ces sujets la perte n'est évidemment pas énorme car le fonctionnement d'un testicule dont le cordon est comprimé par une masse si volumineuse doit évidemment être très précaire.

Nous venons de parler des hernies extrêmement volumineuses en général, sans nous occuper de leur contenu, que ce soit de l'intestin grêle avec ou sans épiploon ou du gros intestin ; c'est dans ce dernier cas où la réfection de la paroi est toujours particulièrement difficile que l'opération que nous étudions ici sera particulièrement indiquée.

Nous faut-il parler des hernies inguinales congénitales avec ectopie testiculaire, dans lesquelles le testicule à peu près inutile est presque toujours sacrifié. Rien n'empêcherait de réséquer le cordon et de greffer le testicule dans le fond des bourses, ce qui donnerait au malade la satisfaction de pouvoir sentir ses deux testicules, sachant même que l'un des deux est inutile.

Puisque nous sommes sur le chapitre des hernies congénitales, que devons-nous penser de la résection du cordon avec conservation du testicule, dans les cas de hernies congénitales avec adhérences telles des éléments du cordon avec le sac, que la séparation en est impossible ; éventualité que l'on peut rencontrer au cours de hernies obliques externes non congénitales pour peu qu'elles soient anciennes et que le sujet ait porté depuis longtemps un bandage herniaire ?

Que peut-on faire dans ces cas ? Ou bien sacrifier complètement le cordon pour pouvoir faire une bonne ligature du collet du sac, ou bien avoir surtout en vue la conservation du cordon, refermer le sac tant bien que mal et s'exposer, en faisant une opération incomplète, à une récidive à plus ou moins longue échéance.

Le chirurgien a dans ces cas le droit d'être sérieusement embarrassé, car dans les deux cas il ne rend pas au malade tout l'avantage que celui-ci serait en droit d'attendre de l'opération.

Ne pas refermer soigneusement le collet du sac à l'aide d'une bonne ligature est une faute grave, car d'après M. Lucas-Championnière, c'est là un des éléments essentiels d'une bonne cure radicale.

D'autre part, sacrifier le cordon pour pouvoir isoler le sac et le traiter comme il convient est une lourde responsabilité à prendre.

On devra se guider sur les circonstances, en particulier sur l'âge du sujet et sur la gravité des phénomènes qui ont amené le malade à se faire opérer ; mais nous n'avons pas à en dire plus long, de peur de sembler vouloir établir une règle dans des circonstances aussi graves. Cependant nous pouvons dire que l'âge du sujet est une des plus graves considérations qui doive entrer en jeu. On hésitera toujours à priver un sujet jeune, en pleine période d'activité génitale, du fonctionnement de l'un de ses testicules, car on ne peut jamais être sûr de l'intégrité du fonctionnement de l'autre. Tandis que chez un

sujet âgé les conséquences seront moins graves, et si, grâce à la méthode que nous étudions ici, le testicule même inutile reste dans les bourses, le malade sera si satisfait d'être débarrassé complètement de son infirmité qu'il ne s'apercevra pas beaucoup du manque de fonctionnement d'un de ses testicules.

Jusqu'ici nous n'avons eu en vue que des cas où le chirurgien devait proposer au malade le sacrifice fonctionnel de l'un de ses testicules pour permettre une opération plus complète, mais il est d'autres cas où c'est le malade lui-même qui vient demander presque d'être débarrassé de son cordon devenu douloureux : nous voulons parler des *récidives* de hernies qui mettent souvent les malades dans une situation pire qu'avant l'opération.

Les récidives, après la cure radicale, sont malheureusement d'une fréquence extrême : elles tiennent tantôt à de mauvaises techniques, à des opérations trop rapides, à des opérations faites dans des conditions défectueuses dans lesquelles l'intervention n'était pas indiquée.

Or, comme nous venons de le dire, la récidive après la cure radicale met le sujet dans une situation fâcheuse.

Si l'opération a été faite avec méthode, la récidive ne vient que tardivement, est petite, sans grand inconvénient que celui de faire porter au sujet un bandage d'application facile.

Mais si le sujet a été opéré par une mauvaise technique, sa situation est bien pire que celle qu'il avait

avant l'opération : la hernie est incoercible, douloureuse ; le cordon enserré dans le tissu cicatriciel et comprimé en outre par la nouvelle hernie est le siège de gonflement, de névralgies, et le sujet en souffre souvent au point d'en consentir facilement le sacrifice. D'autre part, pour réparer le mal, il faut une opération nouvelle qui sera laborieuse et serait inefficace par les procédés habituels. C'est pourquoi on est en droit, dans ces cas particuliers, de faire, comme le conseille M. Lucas-Championnière, la résection du cordon spermatique, de façon à reconstituer une paroi sans laisser le moindre interstice susceptible de créer un point d'appel pour la poussée herniaire.

En résumé, nous voyons que la résection du cordon peut être conseillée chez des sujets âgés dans les cas de hernies extrêmement volumineuses et dans les cas de récidive pour permettre une restauration plus complète de la paroi. Il est même des cas par exemple où on se trouve en présence d'un cordon extrêmement adhérent au sac, et où on pourra être amené à en faire le sacrifice ; mais nous ne pouvons considérer ces cas comme une indication au même titre que le volume de la hernie et sa récidive. Encore est-il que cette opération n'est pas encore entrée dans le domaine chirurgical courant, et si des chirurgiens comme M. Lucas-Championnière et M. Delagénière la pratiquent, il n'est pas dit qu'elle ne trouvera pas ses détracteurs.

CHAPITRE VIII

Valeur comparative de la résection du cordon spermatique sans castration.

Nous nous trouvons ici en présence d'une opération toute nouvelle, le nombre des observations est des plus restreints et le nombre des malades revus suffisamment longtemps après l'intervention pour qu'on puisse se faire une opinion ferme, n'est pas encore assez grand, pour que nous entamions une discussion sérieuse sur ce sujet. Néanmoins, nous allons nous efforcer de montrer ici ce qu'il faut en penser.

La résection du cordon sans castration est certainement un progrès considérable sur la castration totale : Au point de vue physiologique, c'est la même chose, car une glande comme le testicule privée de son canal excréteur et de ses vaisseaux nourriciers doit être considérée comme n'existant plus ; mais au point de vue moral il y a une différence considérable, car si bien des sujets âgés acceptent devant la gêne considérable que leur cause leur hernie, de se voir priver du fonctionnement d'un de leurs testi-

cules, ils voudraient au moins en conserver l'apparence et cette apparence a une importance telle que des chirurgiens n'hésitent pas actuellement, quand ils ont dû sacrifier pour une raison quelconque un testicule, à le remplacer par un organe artificiel qui sauve les apparences et entretient le malade dans une illusion suffisante pour qu'il ne s'achemine pas vers la neurasthénie.

Ce sont ces considérations qui ont amené M. Lucas-Championnière à chercher un perfectionnement à la castration dans les cas où il peut être nécessaire de supprimer le cordon pour permettre une fermeture plus complète de la région herniaire ; et c'est ainsi qu'il est arrivé à se demander s'il était bien nécessaire de supprimer le testicule et si la résection seule du cordon ne suffisait pas.

La grosse objection que l'on est en droit de formuler contre cette manière de faire est la crainte de la nécrose du testicule qu'il est logique de redouter puisqu'on le prive et de son canal excréteur et de ses vaisseaux nourriciers ; mais si cette nécrose survient, ce n'est pas d'une façon constante, puisque M. Lucas-Championnière dit dans une de ses cliniques à l'Hôtel-Dieu de Paris avoir pratiqué dix fois cette opération et n'avoir pas encore vu cette nécrose survenir ; et que si nous examinons les observations que M. le Dr Delagénière du Mans a bien voulu nous communiquer, nous ne voyons cette nécrose survenir qu'une seule fois et encore se faire d'une

façon à peu près aseptique et ne retarder en rien la guérison du malade.

Il faut bien dire que quelques précautions opératoires sont nécessaires si l'on veut éviter cette nécrose : il faut avoir soin de laisser le testicule en place, sans rompre aucune de ses attaches voisines, sans modifier ses relations vasculaires avec les bourses et ainsi on a beaucoup de chances de le voir végéter en s'atrophiant un peu il est vrai, mais en restant à sa place.

C'est donc une opération supérieure à la castration et qu'on devra préférer à celle-ci toutes les fois qu'il n'y aura pas une indication pressante d'enlever le testicule pour une altération pathologique de cet organe, ou pour une disposition spéciale qui exposerait aux adhérences et aux douleurs secondaires.

Par contre, si du fait du volume de sa hernie, ou plus fréquemment du fait d'une récidive, le malade accuse des troubles douloureux du côté de son testicule et de son cordon, la castration serait plus radicale, car elle débarrasserait instantanément le sujet de toute gêne et de toute douleur et cela pour toujours.

Nous voyons donc que dans le cas où le sacrifice du fonctionnement d'un des testicules est indiqué, la résection du cordon sans castration doit être préférée sauf dans de rares exceptions à la résection du cordon avec castration.

Mais ce lourd sacrifice donne-t-il des résultats tels qu'ils le compensent ? Le nombre des observations

n'est pas encore assez grand pour que nous puissions l'affirmer. Cependant M. Lucas-Championnière dit que ce complément d'opération exécuté avec soin lui paraît devoir augmenter notablement le champ des interventions pour la cure radicale de la hernie. « Pour les autres procédés, dit-il, il faciliterait sans doute l'opération ; pour le mien, on peut dire qu'il donne un résultat qui ne comportera aucun aléa. »

Malgré l'autorité de M. Lucas-Championnière, nous devons nous demander quelle peut être la valeur comparative de ce procédé avec les autres méthodes qui s'adressent aux hernies volumineuses et aux hernies récidivées, en particulier avec les méthodes autoplastiques parmi lesquelles nous en retiendrons surtout une : le procédé myoplastique de Schwartz.

Ces opérations s'adressent en particulier à ces hernies de faiblesse à larges anneaux, à larges trajets, à parois difficilement reconstituables, chez ces sujets dont le ventre présente un aspect si spécial auquel Malgaigne avait donné le nom de ventre trilobé. Hernies qui acquièrent un volume considérable, qu'aucun bandage ne peut maintenir en place et qui s'accompagnent de troubles notables : sensibilité générale du ventre, troubles digestifs accompagnés de renvois et de vomissements, de tiraillements dans les lombes et dans l'abdomen, phénomènes qui ne vont qu'en s'accentuant avec l'âge. Dans ces cas-là, ou bien il faut laisser le malade livré à son triste sort, ou bien il faut par une opération rationnelle le

délivrer avec le moins de chances de récidives, de son infirmité ; et pour ce faire, on est en droit de tout tenter.

Le point le plus faible et le plus important à reconstituer est évidemment l'anneau inguinal profond et c'est là qu'ont porté les efforts des chirurgiens.

Schwartz en décrivant son procédé myoplastique dit : « Il y a avantage à doubler cette paroi de muscle, là où elle n'en possède pas, à fermer en un mot la brèche herniaire par un lambeau musculaire suffisant pour que par elle il n'en résulte pas d'affaiblissement ». Son procédé s'efforce donc de masquer l'anneau inguinal profond, mais le cordon reste toujours entouré de graisse dont la quantité peut s'exagérer et créer ainsi une voie molle ouverte à une nouvelle poussée herniaire.

En supprimant le cordon au contraire, on peut reconstituer entièrement la paroi abdominale sans être obligé de laisser le moindre interstice, suturer complètement l'anneau inguinal profond et opposer à la pression intestinale une bonne cicatrice puissante, étendue à toute la hauteur de l'incision opératoire.

Tels sont donc les deux procédés que nous avons voulu mettre en présence : les deux donnent d'après leurs auteurs les meilleurs résultats, mais lequel doit-on préférer à l'autre, dans quels cas faut-il employer l'un plutôt que l'autre ? Ce sont des problèmes qu'il nous semble bien audacieux d'essayer de résoudre ici. Le plus souvent le chirurgien devra se

laisser guider par les circonstances ; toutefois il nous semble que la résection du cordon devra être réservée aux sujets âgés et à ceux chez lesquels des douleurs funiculaires font envisager comme un véritable soulagement la perte d'un de leurs cordons spermatiques et secondairement la perte des fonctions d'un de leurs testicules.

CHAPITRE IX

Observations.

Notre thèse devait porter sur un plus grand nombre d'observations, M. le Dr Lucas-Championnière nous en ayant promis un certain nombre d'inédites, malheureusement retenu loin de Paris pour sa santé il n'a pu nous les communiquer.

OBSERVATION I (Inédite.)

(Due à l'obligeance du Dr Delagénière.)

Hernie inguinale gauche récidivée. — Cure radicale. — Résection du cordon spermatique. — Bons résultats.

B..., âgé de 46 ans, se présente en décembre 1900 à la clinique du Dr Delagénière au Mans ; il est porteur d'une énorme hernie inguinale gauche, difficilement réductible et incoercible qui réduit le malade à une impotence presque absolue : il réclame une intervention.

Opération le 22 décembre 1900.

Incision de la paroi antérieure du canal inguinal. Ouverture du sac qui renfermait une partie de la vessie, l'S iliaque presque en entier et un énorme paquet d'épiploon.

Résection de 425 grammes d'épiploon, réduction de la vessie et du gros intestin.

Dissection et résection du sac jusqu'au ras du mésentère. Reconstitution de la paroi à la Ferrari.

Le malade quitte la clinique au bout d'un mois, mais la guérison ne dure pas longtemps : en effet en mai 1901 le malade voit sa hernie récidiver et grossir de jour en jour.

Ayant éprouvé du fait de la première intervention un soulagement qui, s'il n'a pas duré, avait tout au moins été considérable le malade vient réclamer une nouvelle intervention.

Opération le 24 mai 1901.

Hernio-laparotomie de façon à donner le plus de jour possible.

Colopexie au moyen de trois points de rebroussement après invagination en bourse.

Résection du cordon gauche depuis le testicule jusqu'au delà de l'orifice profond du canal inguinal ou tout au moins de ce qui le représentait.

Suture totale de la paroi avec deux étages de sutures à l'aide de fils d'aluminium passés sous forme de points séparés.

Le malade sort guéri au bout d'un mois et les suites de cette nouvelle intervention furent excellentes puisqu'il fut revu deux fois : le 10 novembre 1904 et le 20 mai 1905, c'est-à-dire *trois ans après l'opération.*

Il n'y avait pas trace de récidive et le malade se montrait enchanté du résultat. Le testicule était très peu diminué de volume.

OBSERVATION II (Inédite.)

(Due à l'obligeance du Dr Delagénière.)

Hernie inguinale double. — Cure radicale. — Résection du cordon à droite. — Bons résultats.

B... François, 62 ans, entre à l'hôpital du Mans dans le service du Dr Drouin le 1er septembre 1904.

Porteur depuis longtemps d'une hernie inguinale double, le malade accuse depuis un mois plusieurs crises qui semblent être des crises d'engouement herniaire, ennuyé en outre de l'impotence presque absolue que lui occasionne sa double hernie, le malade réclame une intervention.

A l'examen on constate deux énormes hernies inguinales. A gauche le scrotum est extrêmement distendu et descend jusqu'à mi-cuisse, la hernie se réduit assez facilement mais est incoercible.

A droite la hernie est moins grosse, mais elle est irréductible depuis quelque temps, c'est du reste de ce côté que le malade a souffert au moment de ses crises.

Le sujet est grand, assez vigoureux, mais obèse.

M. le Dr Drouin étant absent, le malade est opéré le 2 septembre par M. le Dr Delagénière.

A gauche. — On trouve à l'ouverture du sac une portion du gros intestin et une masse d'épiploon, le canal inguinal est très élargi, la paroi abdominale faible et en mauvais état.

Ablation de 200 grammes d'épiploon. Réduction de la masse intestinale dans l'abdomen.

Voulant faire une fermeture plus hermétique de la paroi, M. Delagénière *résèque le cordon* entre deux ligatures, mais *laisse le testicule dans les bourses.*

Fermeture totale de la paroi, les sutures profondes à défaut de fils d'aluminium sont faites aux crins de Florence perdus.

A droite. — On trouve de l'intestin grêle légèrement serré au niveau de l'anneau et légèrement congestionné. On sectionne le collet du sac herniaire et on refait la paroi à l'aide du procédé de Bassini.

Suites opératoires. — Normales.

Au bout de quelques jours le malade accuse *quelques douleurs au niveau du testicule gauche*, le scrotum est rouge, un peu distendu. Les phénomènes s'amendent rapidement et le malade sort guéri le 28 septembre, vingt-six jours après l'opération.

Revu en octobre 1905.

Pas de récidive. Le testicule gauche a très peu diminué de volume.

OBSERVATION III (Inédite.)

(Due à l'obligeance du Dr Delagénière.)

Hernie inguinale double. — Cures radicales. — Résection du cordon à droite. — Asystolie. — Elimination du testicule. — Mort.

F. B..., âgé de 62 ans, entre à l'hôpital le 11 mars 1905 à la clinique du Dr Delagénière au Mans.

Il est porteur de deux hernies inguinales bien différentes par leur volume et les troubles qu'elles causent.

Du côté gauche la hernie a débuté il y a six mois et son volume n'est pas plus gros que celui d'un œuf de poule : elle gêne peu le malade.

Du côté droit au contraire la hernie a débuté il y a quinze ans. Petite tout d'abord, elle s'est accrue de plus en plus, le malade n'ayant jamais porté de bandage ; actuellement elle est très volumineuse. Depuis six semaines environ, elle est devenue douloureuse, le malade qui ne s'est décidé à consulter son médecin que tout récemment ne peut supporter aucun des bandages ordonnés.

La hernie est bien encore assez facilement réductible mais elle est incoercible et, d'autre part, la gêne qui résulte de sa présence est telle que le malade réclame une opération.

M. Delagénière prévenu par le Dr C..., qui lui avait adressé le malade, que celui-ci était un cardiaque sérieusement atteint, hésite à pratiquer une opération, mais devant l'insistance du malade il se décide à intervenir.

Opération le 13 mars 1905.

Du côté gauche où la hernie est petite, l'opération est simple et l'on reconstitue le canal inguinal à l'aide du procédé de Bassini.

Du côté droit on se trouve en présence d'une hernie du gros intestin par glissement. La réparation de la paroi semblant devoir être particulièrement difficile, M. Delagénière pratique *la résection du cordon* et fait une suture totale de la paroi en deux plans.

Suites opératoires. — Les premiers jours qui suivent l'opération le malade va bien, puis survient de la dyspnée, de la cyanose,

de l'œdème des membres inférieurs et le malade entre *en asystolie*. L'œdème augmente rapidement, gagne *le scrotum :* le malade devient gâteux, perd ses matières et ses urines et infecte son pansement. La plaie chirurgicale qui était presque entièrement cicatrisée s'ouvre, la température monte et le malade élimine son testicule le 28 mars.

Les phénomènes asystoliques s'accentuent malgré un traitement énergique institué depuis le début des accidents et le malade meurt le 7 avril.

OBSERVATION IV (Inédite).

(Due à l'obligeance du Dr Delagénière).

Volumineuse hernie inguinale droite avec hydrocèle concomitante. — Cure radicale de l'hydrocèle. — Résection du cordon spermatique. — Cure radicale de la hernie. — Sphacèle du testicule.

A. B..., âgé de 60 ans, entre le 10 février 1905 à la clinique de M. Delagénière au Mans.

Le malade a déjà été opéré il y a dix ans par le Dr Delagénière d'une hernie inguinale du côté gauche qui n'a pas récidivé. Actuellement il est porteur d'une énorme hernie inguinale droite avec hydrocèle concomitante.

Cette hernie est ancienne puisqu'elle existait déjà il y a dix ans lors de la première intervention, mais ce n'était alors qu'une simple pointe de hernie et le malade ne demanda pas à en être débarrassé.

En 1901 à la suite d'une chute sur les talons, le malade voit sa hernie augmenter de volume, devenir un peu douloureuse

sans toutefois amener une trop grande gêne; il y a cinq mois, à la suite d'excès de fatigue la hernie acquiert un nouvel accroissement et devient plus douloureuse.

A l'examen actuel on constate une énorme tumeur descendant jusqu'à mi-cuisse développée aux dépens du scrotum qui est fortement distendu du côté droit. La palpation permet de reconnaître une hydrocèle concomitante à la hernie.

Le canal inguinal n'existe plus à proprement parler et on est plutôt en présence d'une véritable éventration.

Opération le 12 février 1905 par le Dr Delagénière. Cure radicale de l'hydrocèle par l'excision de la vaginale. Résection du cordon spermatique. Suture totale de la paroi.

Suites opératoires : Le 27 février le malade commence à se lever, le 29 il accuse une légère douleur dans les bourses et en l'examinant on voit à la partie inférieure de la cicatrice un petit point de sphacèle par ou s'écoule un peu de sérosité noirâtre.

On dilate le petit pertuis qui s'est ainsi formé et avec une pince de Kocher on attire facilement au dehors le testicule qui s'était gangrené. Lavage de la cavité à l'eau oxygénée. La suppuration se tarit rapidement et le malade peut sortir guéri le 9 mars 1905.

OBSERVATION V (Inédite) (résumée).

(Communiquée par M. le professeur Terrier. Due à l'obligeance de M. le Dr Dujarrier).

Hernie inguinale gauche étranglée. — Kélotomie. — Section du cordon spermatique dans le canal inguinal. — Guérison.

Le nommé B... H..., âgé de 70 ans, entre le 5 décembre 1903 à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le professeur Ter-

rier, porteur d'une énorme hernie inguinale gauche étranglée.

Il est opéré le jour même par M. le Dr Dujarrier.

Hernio-laparotomie. — On tombe sur le collet du sac que l'on incise. On trouve une grosse masse intestinale et un gros paquet épiploïque adhérent au cordon. On est obligé de couper le cordon dans le canal, après quoi on peut réduire le bout central de l'épiploon soigneusement ligaturé. Le bout périphérique est enlevé avec le bout périphérique du cordon qui lui est adhérent. A la partie inférieure un noyau épiploïque dur, simulant la glande génitale, on croit enlever celle-ci avec le cordon, mais en réalité le testicule est resté au fond des bourses, ce dont on ne s'aperçoit qu'après l'opération en examinant la pièce.

La suppression du cordon permit une fermeture hermétique et complète de la paroi.

Guérison par première intention.

A sa sortie au bout d'un mois, le malade avait dans les bourses deux testicules de volume sensiblement égal.

OBSERVATION VI (Inédite.)

(Due à l'obligeance de M. le Dr Riche, chirurgien des hôpitaux de Paris. — Communiquée par M. Siégel, interne des hôpitaux de Paris.)

Le nommé G..., âgé de 40 ans, entre à l'hôpital Cochin, porteur d'une hernie inguinale double, le 28 août 1905.

La hernie du côté gauche date de vingt ans, celle du côté droit de douze ans. Le malade n'a jamais porté de bandage.

En 1898 la hernie du côté gauche devient brusquement dou-

loureuse et tendue et le malade est plusieurs heures sans pouvoir la rentrer.

En 1900, le même accident se reproduit, et comme la première fois la hernie finit par rentrer assez aisément.

Le 24 août 1905 la hernie devient pour la troisième fois tendue, douloureuse et irréductible ; mais le malade ne peut la réduire aussi facilement que les deux premières fois.

Le 27 août, nouvelle crise d'étranglement, mais cette fois la hernie ne rentre pas et le malade entre à l'hôpital. On le conduit au bain et là il voit sa hernie se réduire.

Opération le 29 août par M. le Dr Riche.

Du côté droit l'opération ne présente rien de particulier à signaler.

Du côté gauche on trouve de nombreuses adhérences fibreuses, très résistantes, entre le cordon et le sac qui est volumineux et au cours des manœuvres de libération du sac qui sont des plus laborieuses, les éléments du cordon sont sectionnés involontairement et ce n'est qu'après ce sacrifice involontaire qu'on peut avec de grandes difficultés isoler le sac et le réduire après ligature, pour pouvoir refaire la paroi d'après le procédé de Bassini.

On eut pendant quelque temps des inquiétudes au sujet du testicule, mais les suites opératoires furent normales et le malade sortit complètement guéri le 1er octobre 1905.

Quelles considérations pouvons-nous dégager de l'étude de nos observations ?

Au point de vue de l'âge d'abord, nous voyons que tous nos sujets sont âgés, 60 ans (obs. II), 62 ans (obs. III), 60 ans (obs. IV), 70 ans (obs. V), sauf

dans deux cas : 46 ans (obs. I) et 40 ans (obs. VI), mais ces deux cas sont un peu particuliers : dans le premier l'infirmité que causait au sujet sa hernie était telle, que la perte des fonctions d'un de ses testicules n'avait pour lui que peu d'importance et, d'autre part, il s'agissait d'une récidive de hernie, cas défavorable à une opération de cure radicale ; dans le deuxième la section du cordon fut involontaire et ne peut par conséquent entrer en ligne de compte.

Au point de vue du volume dans toutes nos observations le malade était incommodé par les dimensions de sa hernie qui dans certains cas pouvait être considérée comme une véritable éventration : dans les observations II et VI, il y avait en plus, des crises d'engouement herniaire et dans l'observation V la hernie était étranglée : donc tous ces cas étaient des plus sérieux au point de vue du pronostic, car si les autres ne présentaient pas d'accidents à proprement parler elles étaient difficilement réductibles et incoercibles.

Pour ce qui est du contenu, dans nos observations I, II et III, il s'agissait du gros intestin et tout le monde sait que la cure radicale de ces variétés de hernie est des plus délicates et que tout doit être mis en œuvre pour assurer la solidité de la paroi.

Enfin dans un cas (obs. I), il s'agissait de hernie récidivée et mettant le sujet dans une situation pire qu'avant la première intervention.

Les suites opératoires furent normales dans les

cas I, II, V, et VI et nous voyons les malades sortir au bout d'un temps qui varie de vingt-six jours à un mois. Cependant nous voyons le malade de l'observation II accuser dans les jours qui suivent l'opération quelques douleurs au niveau du testicule, le scrotum devient rouge et tendu, mais ces phénomènes s'amendent rapidement.

Deux cas ne sont pas favorables, mais nous devons chercher la cause de cet insuccès.

Le malade de l'observation IV voit, dix-sept jours après son opération, un petit point de sphacèle apparaître sur la cicatrice ; mais peut-être s'était-il levé un peu trop tôt puisqu'il s'était levé au bout du quinzième jour et, d'autre part, il était porteur d'une hydrocèle qui coexistait avec sa hernie : il est possible que la distension de la vaginale ait contribué à altérer le testicule en détruisant en partie ses connexions avec les bourses et en particulier ses connexions vasculaires. C'est ce qui expliquerait la nécrose et l'élimination du testicule qui n'eurent du reste aucune suite fâcheuse, puisque le malade sortit guéri au bout d'un mois.

Pareil accident survint au malade de l'observation III, mais il est impossible d'accuser ici la méthode ou une faute de technique puisqu'il s'agissait d'un cardiaque qui ne fut opéré que sur son insistance et qui presque aussitôt après l'opération fit une crise d'asystolie au cours de laquelle, perdant ses matières et ses urines, il infecta son pansement et sa plaie pour finir par décéder vingt-quatre jours

après l'opération.

Il est donc naturel dans ce cas de rapporter à cette complication la nécrose et l'élimination du testicule.

Enfin si nous envisageons le résultat ultérieur, nous le voyons satisfaisant dans tous les cas (nous ne parlons pas bien entendu de l'observation III) tant au point de vue de la vitalité du testicule que de la solidité de la paroi et le plus beau cas est certainement celui du malade de l'observation I qui, opéré pour une hernie énorme, récidivée, est revu au bout de trois ans sans aucune trace de récidive et avec un testicule très peu diminué de volume.

Les observations V et VI ne rentrent pas à proprement parler dans le cadre de notre étude car dans les deux cas c'est la libération du sac qui a nécessité la section du cordon, une fois volontairement, une fois involontairement ; mais elles sont intéressantes cependant, puisque dans les deux cas le testicule n'a pas souffert de la perte du cordon.

CHAPITRE X

Conclusions.

I. — La résection du cordon spermatique sans castration, préconisée par le Dr Lucas-Championnière et le Dr Delagénière du Mans comme temps complémentaire de la cure radicale de certaines variétés de hernies, semble devoir augmenter notablement le champ des interventions pour la cure radicale de la hernie.

II. — Cette opération consiste à sectionner le cordon au niveau de l'anneau inguinal profond et au-dessus du testicule en ne touchant pas à celui-ci, puis à reconstituer la paroi à l'aide du procédé de M. Lucas-Championnière, ou de tout autre procédé.

III. — L'hémostase des deux extrémités du cordon sera particulièrement soignée et les divers éléments du cordon liés séparément de façon à éviter un hématome qui pourrait compromettre le résultat de l'opération.

IV. — La nécrose du testicule qu'on est en droit de redouter sera le plus souvent évitée si on a le soin de ne pas toucher à cet organe et d'éviter toute manœuvre violente sur les tissus qui l'environnent, de façon à ne nuire en rien à la vitalité des tissus qui doivent assurer sa nutrition.

V. — Cette opération permet par la suture totale de l'anneau inguinal profond une réfection totale

de la paroi abdominale au niveau de la région inguinale, et la formation d'une cicatrice étendue à toute la hauteur de l'incision, alors que dans les autres procédés, même les procédés autoplastiques, le cordon crée toujours un point d'appel pour la poussée intestinale.

VI. — Cette opération ne *s'adresse qu'à des cas particuliers* et relativement restreints comme nombre : elle permet d'intervenir utilement dans les cas de hernies incoercibles par perte de droit de domicile, dans les volumineuses hernies de faiblesse, enfin dans les cas graves de récidives post-opératoires qui mettent le sujet dans une situation souvent pire qu'avant l'opération.

VII. — La résection du cordon sans castration est bien préférable à la résection avec castration, à moins d'indication pressante d'enlever le testicule ; car elle présente le grand avantage moral de conserver au moins une apparence de testicule qui, s'il s'atrophie, ne le fait du moins que très lentement.

VIII. — En tout cas ce ne doit être bien entendu qu'une *opération d'exception,* réservée aux cas très difficiles et qui doit autant que possible *être évitée chez les sujets jeunes.*

Vu : le Président de la thèse
TERRIER

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

CHAPITRE XI

Bibliographie.

AGUILAR. — Nouvelle méthode de la cure radicale des hernies inguinales. Médecine moderne, 1897, p. 420.

AUTEFAGE. — Thèse de Paris, 1905.

BASSINI. — Archives für Klinik. Chirurgie, 90, t. L., p. 429.

BAUMGARTNER. — Thèse de Paris, 1905.

BERGER — Article « Hernies » in Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, t. VI.

BLAISE. — Thèse de Paris, 1894.

BUFNOIR. — Thèse de Paris, 1900.

DELAGÉNIÈRE (H.). — Revue générale in Gaz. des hôpitaux, 1888.

GIRARD. — Congrès de chirurgie, 1900.

HALSTED. — The radical cure of inguinal hernia in the male. John's Hopkins Hsop. Bultin, p. 17, 1893.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Cure radicale des hernies (2e édition), 1892.

— Bulletin Société de chirurgie, 1891, p. 388.

— Académie de Médecine, 3 août 1897, compte rendu in Presse médicale, 1897, n° 63.

— Congrès de chirurgie, 1901.

— Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 1901, p. 422.

— Congrès de chirurgie, 1905.

— Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 1905, p. 891.

MACEWEN. — British medical Journal, 1886, t. II, p. 1263.

MONOD et VANVERTS. — Bulletin Société de chirurgie, 1899, p. 813.

NÉLATON et OMBREDANNE. — Presse médicale, 1897, t. II, p. 50.

POIRIER. — Traité d'Anatomie humaine, t. II.

SCHWARTZ. — Cure radicale des hernies inguinales volumineuses. VIIe Congrès de chirurgie, 1893, p. 691.

— Cure radicale des hernies inguinales par le procédé de myoplastie. Revue générale de clinique et de thérapeutique, 1894, t. VIII.

— Journal des praticiens, 1896, p. 513.

— Congrès de chirurgie, 1900.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE I. — INTRODUCTION 9

CHAPITRE II. — HISTORIQUE 13

CHAPITRE III. — Anatomie du canal inguinal, considéré dans ses rapports avec les hernies 17

CHAPITRE IV. — Considérations générales sur les conditions que doit réaliser la cure radicale de la hernie inguinale 21

CHAPITRE V. — Manuel opératoire de la résection du cordon spermatique sans castration au cours de la cure radicale de la hernie inguinale 25

CHAPITRE VI. — Phénomènes consécutifs 31

CHAPITRE VII. — Indications 33

CHAPITRE VIII. — Valeur comparative de la résection du cordon spermatique sans castration 39

CHAPITRE IX. — OBSERVATIONS 45

CHAPITRE X. — CONCLUSIONS 57

CHAPITRE XI. — BIBLIOGRAPHIE 59

Imp. de la Faculté de Médecine, H. JOUVE, 15, rue Racine, Paris.